

De ontwikkeling in de dermatologie mede in relatie tot de gezondheidszorg

Citation for published version (APA):

van de Staak, W. J. B. M. (1983). *De ontwikkeling in de dermatologie mede in relatie tot de gezondheidszorg*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.19830429ws>

Document status and date:

Published: 29/04/1983

DOI:

[10.26481/spe.19830429ws](https://doi.org/10.26481/spe.19830429ws)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

De ontwikkeling in de dermatologie
mede in relatie tot de gezondheidszorg

REDE

uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van Hoogleraar in de
Huid- en Geslachtsziekten
aan de Rijksuniversiteit "Limburg"
te

Maastricht

op vrijdag 29 april 1983

door

Dr W.J.B.M. van de Staak

Mijnheer de Rector Magnificus,

Dames en Heren Leden van het Universiteitsbestuur,

Dames en Heren Leden van de Universiteitsraad,

Dames en Heren Hoogleraren, Docenten en Leden van de Wetenschappelijke Staf,

Dames en Heren Studenten en voorts Gij allen, die door Uw aanwezigheid blijk geeft van Uw belangstelling.

Zeer gewaardeerde toehoorders,

Om mij aan U voor te stellen als representant van de onlangs aan deze universiteit opgerichte capaciteitsgroep dermatologie, wilde ik U schetsen mijn ideeën over de te verwachte ontwikkeling in het specialisme huidziekten waarbij ik tevens wil betogen dat deze ontwikkeling de trend lijkt te volgen van de huidige beleidsvisie in de gezondheidszorg.

Bij een blik in de toekomst kan men niet voorbijgaan aan een vergelijking van het heden met het verleden.

De herinneringen aan mijn eerste ervaringen, nu ongeveer 25 jaar geleden, in een dermatologische universiteitskliniek, zijn de overvolle zalen van tientallen patiënten met vooral ulcera cruris, psoriasis en diverse eczemen.

De overgrote meerderheid van de ulcera cruris zijn zgn. veneuze ulcera, berustend vnl. op een stoornis in de veneuze circulatie; het is tegenwoordig een communis opinio dat de behandeling van deze ulcera juist ambulant moet zijn met een vakkundig aangelegd compressief verband en wordt bedrust voor een veneus ulcus i.h.a. als een contra-indicatie beschouwd.

De vroegere, wekenlange verpleging in een ziekenhuis is derhalve heden ten dage slechts nodig voor uitzonderlijke gevallen van ulcera cruris.

De behandeling van psoriasis blijkt de laatste jaren zo veranderd, dat ook hierbij een verschuiving waarneembaar blijkt van de vroegere wekenlange, dure ziekenhuisverpleging naar een goedkope poliklinische therapie. Ook hierin blijkt de dermatoloog de algemene trend in de gezondheidszorg om het accent te verleggen van de kostbare klinische naar een poliklinische behandeling als het ware automatisch te volgen. Bij de poliklinische begeleiding van psoriasispatiënten die vroeger op klinische behandeling aangewezen waren, kan men tegenwoordig gebruik maken van o.a. de zgn. PUVA-methode, van bestraling met UVB-licht, van de zgn. Goeckermann-kuur (hoogtezonbestraling na locale teerbehandeling) en van bepaalde kuren met een cytostaticum, b.v. een tablettenkuur met methothrexaat. Voor al van deze genoemde methoden bestaat een zeker indicatiegebied en zeker de laatst genoemde moet voorbehouden blijven aan slechts een klein deel van de meest ernstige patiënten, hoewel evt. complicaties ook bij deze methothrexaatkuren - mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan - toch zelden blijken op te treden.

Bij de fotochemotherapie van psoriasis, ook wel PUVA genoemd, volgt na inname - soms na locale toepassing - van psoralen-derivaten een bestraling met het langgolelige ultraviolette deel (= UVA-licht van 320 tot 400 nm) van het zonlicht. De combinatie van psoralenen en UVA-licht veroorzaakt veranderingen in het DNA-molecuul waardoor inhibitie van de DNA-synthese ontstaat en een vertraging van de delingen van de huidcellen die bij psoriasis zich onderscheiden ten opzichte van de normale huid door een grotere intensiviteit van de celdelingen.

Naast het minder voorkomen van patiënten met psoriasis en ulcera cruris in de kliniek blijken de laatste jaren ook patiënten met tal van andere huidafwijkingen die men vroeger - en vaak in grote getale - aantrof op een dermatologische afdeling steeds minder vaak voor klinische behandeling in aanmerking te komen.

Aparte afdelingen voor baby's, kleuters en wat oudere kinderen zijn aan het verdwijnen. Betere behandelingsmogelijkheden van de huisarts en op de dermatologische poliklinieken maken dat b.v. dauwworm (vroegge vorm van constitutioneel eczeem) bij de baby's en de latere manifestatie van het constitutioneel eczeem, evenals uitgebreide huidinfecties (impetigo, folliculitiden) steeds minder vaak tot een opname-indicatie nopen. Ook de parasitaire huidinfecties zoals scabies, pediculosis en strophulus die tegenwoordig niet minder frequent voorkomen, kunnen heden vrijwel altijd poliklinisch effectief behandeld worden. Hetzelfde geldt voor de schimmelinfecties van de huid.

Ook de adolescent met ernstige acne behoeft tegenwoordig niet meer wekenlang - voor o.a. schilkuren - in de kliniek te verblijven. De aanwinst van meer en betere therapeutische mogelijkheden bij acne is deels het gevolg van een verbeterd inzicht in de pathogenese van dit ziektebeeld dat gezien het kosmetisch effect voor later - blijvende littekens bij slechte of geen behandeling - liefst zo vroeg mogelijk behandeld moet worden. Bij de pathogenese blijken vooral verhoorningsstoornissen, versterkte talgproductie en lipasen-vorming door bepaalde bacteriën een rol te spelen.

Verhoorningsstoornissen, onder invloed van androgene hormonen en vrije vetzuren uit talg, spelen zich in de talgklier-uitvoergangen af en veroorzaken een stagnatie voor de afvoer van talg waardoor de comedo (mee-eter) ontstaat. Naast de al jaren bekende keratolytica - stoffen die tegen deze abnormale verhoorning gericht zijn - zoals salicylzuur en resorcine, kent men tegenwoordig ook o.a. vitamine A-zuur derivaten en het benzoylperoxyde.

Om de talgproduktie te remmen kan men bij vrouwen - zeker indien deze toch al een anticonceptivum gebruiken - in sommige gevallen goede resultaten krijgen van een combinatie (b.v. in de anticonceptie-pil, Diane) van een oestrogeen hormoon en een antiandrogeen hormoon, zoals cyproteronacetaat. Lipasen, gevormd vooral door de *Propionibacterium acnes*, zouden uit talg vrije vetzuren vrijmaken die in de huid van acne-patiënten met name verantwoordelijk zijn voor de vaak ernstige ontstekingen. Antibiotica, oraal of lokaal toegediend, onderdrukken niet alleen de groei van genoemde bacterie maar hebben ook een antilipase werking waardoor de ontstekingen worden tegengegaan.

Er zijn uiteraard nog meerdere voorbeelden te noemen van huid-afwijkingen die op de kinderzalen vroeger bij patiënten frequenter aan te treffen waren dan tegenwoordig door betere poliklinische behandeling, b.v. patiënten met een van de vele vormen van ichthyosis (vissehuid), een stoornis in het normale verhoorningsproces van de huid of een andere verhoorningsanomalie, de ziekte van Dariër (= dyskeratosis follicularis).

Uitgebreide zalfkuren in de kliniek zijn voor beide afwijkingen minder vaak dan vroeger nodig aangezien door meer effectieve en thuis ook gemakkelijker toepasbare uitwendige therapie en indien nodig, soms tevens door oraal gebruik van bepaalde medicijnen (vitamine A-zuur derivaten) de huid van deze patiënten in een betere conditie te houden is.

Op de zalen voor volwassenen treft men tegenwoordig ook andere huidafwijkingen behalve de reeds genoemde - psoriasis, ulcera cruris waarvoor het zeer duidelijk is - minder frequent aan dan vroeger zoals eczeem van uiteenlopende aetiologie, maligne reticulosen, pemphigus, sexueel overdraagbare aandoeningen (SOA), erythrodermieën e.a. Voor deze ziektebeelden die heden zeker niet minder frequent voorkomen dan vroeger geldt dat door een betere poliklinische behandeling langdurige opname in de kliniek niet of soms gedurende slechts een korte tijd nodig is. Behalve betere behandelingsmogelijkheden hebben met name bij eczeempatiënten sterk verbeterde onderzoekstechnieken, o.a. zogenaamde lapjes-(plak)proeven bij contacteczemen, er zeker toe bijgedragen dat de oorzaak van deze huidafwijking poliklinisch nu vaker achterhaald en het eczeem niet klinisch behandeld behoeft te worden. Daarnaast zijn er ook huidafwijkingen waarvan het zeer zeldzaam voorkomen in de kliniek heden ten dage verklaard kan worden doordat deze ziekten door betere behandeling aan het verdwijnen zijn b.v. de vele vormen van huidtuberculose.

De behandeling van maligne reticulosen, waarvan mycosis fungoides de belangrijkste representant is, is thans zodanig, dat deze in het algemeen grotendeels poliklinisch of thuis gedaan kan worden.

Mycosis fungoides is een huidmaligniteit die tegenwoordig beschouwd wordt als een cutaan T-cel lymphoom waarbij de in een maligne cel veranderde T-lymfocyt wellicht het gevolg is van een voortdurende reactie op een nog onbekend antigeen. Dit antigeen zou aanleiding kunnen geven tot een reactie van de T-lymfocyten met als gevolg een ontregeld immuunsysteem en een verandering van de T-lymfocyt in een maligne cel.

Klinisch worden van oudsher 3 stadia onderscheiden:

1. premycotische stadium. In dit stadium vertoont de patiënt weinig voor deze reticulose specifieke afwijkingen maar b.v. gedurende lange tijd, soms enige jaren, sterk jeukende op eczeem of psoriasis gelijkende beelden;
2. het infiltratieve stadium waarbij de huidafwijkingen verheven worden, rood of roodbruin van kleur en ovaal, guirlande- of hoefijzervormig;
3. het tumor-stadium waarin uit de infiltraten zich tumoren ontwikkelen die kunnen gaan ulceren waardoor in het eindstadium de huid bezaaid met necrotiserende tumoren kan geraken.

In het verloop van de ziekte kan uitbreiding naar lymphklieren en interne organen optreden.

Wat de huidige therapie betreft beperkt men zich in het algemeen, wanneer geen interne afwijkingen aantoonbaar zijn, tot uitwendige behandeling die kan bestaan uit:

1. totale huidbestraling met snelle electronen. De bestraling wordt poliklinisch in de regel tweemaal per week gegeven, gedurende \pm 10 weken;
2. uitwendige applicatie van stikstofmosterd. De behandeling kan op de polikliniek maar vaak ook door de patiënt zelf thuis gedaan worden.
3. fotochemotherapie (PUVA). Hierbij wordt, net als bij psoriasis, de huid \pm 2 uur na inname van 8-methoxypsoralen met lang-golvig ultraviolet licht (UVA) bestraald;
4. uitwendige therapie met corticosteroïden. Bij weinig geïnfilteerde laesies kunnen corticosteroïden onder een plastic occlusief verband vaak tijdenlang enig soulaas bieden.

Bij onvoldoende effect van één of combinaties van deze therapieën of bij interne afwijkingen kan men inwendig cytostatica geven b.v. de zgn. MOPP-kuur, bestaande uit een combinatie van mitoxine, vincristine (Oncovin[®]), procarbazine en prednison.

Pemphigus (Grieks: pemphix, blaar) is een huidafwijking die gekenmerkt wordt door blaarvorming. Van de 4 varianten is pemphigus vulgaris in Europa de meest voorkomende vorm die - kort samengevat - zich manifesteert door het recidiverend optreden van zeer vulnerabele blaren die op de geheel normaal lijkende huid ontstaan, gemakkelijk kapot gaan en pijnlijke erosies worden.

Door wrijven op de normaal uitziende huid laat het oppervlakkige deel van de huid gemakkelijk los (als het schilletje van een rijpe perzik). De blaren kunnen overal en vaak in grote getale op de huid voorkomen. De ziekte kan zeer aspecifiek beginnen waarbij patiënten vaak maandenlang alleen klachten hebben van het regelmatig optreden van erosies in het mond-slijmvlies. Door het aantonen op diverse manieren van circulerende, voor pemphigus in hoge mate specifieke auto-antilichamen, die gericht zijn tegen intercellulaire substantie(s) van het meerlagig plaveisel-epitheel, kan pemphigus, dat als een auto-immuunziekte wordt beschouwd, de laatste jaren sneller en beter gediagnostiseerd worden. Voor het tijdperk van corticosteroïden en cytostatica verliep pemphigus bijna altijd binnen de 2 jaar dodelijk ondanks intensieve bijna uitsluitend klinische verpleging. Ook thans moet men het als een ernstige aandoening blijven beschouwen hoewel het grote merendeel van de patiënten tegenwoordig, na een aanvankelijk voor deze ziekte soms relatief korte klinische behandeling, jarenlang bij regelmatige poliklinische controle in goede conditie te houden zijn met een aanvaardbare onderhoudsdosering van de medicijnen.

Wat de sexueel overdraagbare aandoeningen (SOA) betreft, werd de grote opleving van vroege syfilis en gonorroe tijdens en kort na de 2e wereldoorlog in vele landen gevolgd door een daling die vooral bij de vroege syfilis zeer duidelijk was. Eind van de vijftiger jaren echter vertoonden beide aandoeningen een sterke stijging. Een bespreking van de evt. oorzaken van deze stijging valt buiten het kader van deze rede, doch de stelling van Willcox (1965) dat grotere promiscuïteit de grondoorzaak is van deze problematiek is nog onveranderd van kracht.

Ondanks zeer effectieve behandelingsmethoden wordt toch nog steeds een toename van de SOA geconstateerd; dit geldt vooral voor gonorroe en in mindere mate voor syfilis. Vooral in de vier grote steden in Nederland is deze toename nog duidelijk (80% van de gonorroe-gevallen worden gerapporteerd in de vier grote steden van Nederland; 40% in Amsterdam). Deze toename heeft echter in de laatste jaren geen duidelijk toenemen van klinische behandelingen van SOA ten gevolge gehad. Trof men vroeger in de dermatologische kliniek, zeker na de tweede wereldoorlog, regelmatig patiënten met vooral complicaties van SOA - zoals acute gonorroïsche epidymitis, gonorroïsche paraurethrale abcessen, gonorroïsche arthritische luetische gummata e.a. - aan, tegenwoordig is de behandeling voornamelijk poliklinisch en heeft de stijging van de SOA geen duidelijke economisch-financiële gevolgen door toename van ziekenhuisverpleging, wat ook in de toekomst niet te verwachten is. Juist door uitbreiding en verbetering in de diagnostiek van met name syfilis (o.a. de lues-serologie) en door inspanning van velen in de laatste jaren voor betere bron- en contactopsporing en voorlichting, kunnen de afwijkingen sneller opgespoord en behandeld worden en ernstige, later optredende complicaties, zoals o.a. hierboven genoemde, worden voorkomen. Het blijven nastreven ook in de toekomst van goede voorlichting, niet alleen met als doel secundaire preventie, blijkt van belang (met secundaire preventie wordt bedoeld: zo spoedig mogelijke behandeling van de ziekte om te voorkomen dat de ziekte zich verergert en verder verspreidt) maar ook primaire preventie, d.w.z. voorkomen dat men een ziekte krijgt. Dat deze primaire preventie steeds belangrijker lijkt te worden, met name voor gonorroe, mag blijken uit de steeds grotere zorg over de sterke toename - ook in Nederland - van penicilline resistente gonokokken.

Vanuit het buitenland (V.S., Bangkok, Thailand) komen ook reeds berichten van resistentie behalve tegen penicilline ook tegen andere antibiotica. Hoewel tot nu toe steeds weer nieuwe antibiotica konden worden ontwikkeld, groeit toch de verontrusting tot hoelang deze ontwikkeling deze toename van de resistentie het hoofd kan blijven bieden.

Een erythrodermie is een ziektebeeld waarbij de gehele of nagenoeg gehele huid rood is en meestal schilferend. Hoewel de rode huid warm aanvoelt, heeft de patiënt het in de regel koud door warmteverlies. Het is derhalve belangrijk om de temperatuur van de patiënt en de omgeving onder controle te houden om ondertemperatuur of overhitting te voorkomen.

Een erythrodermie is in feite op te vatten als een secundaire reactie, d.w.z. als een uiting van bijvoorbeeld een in de regel maligne systeemziekte ($\pm 15\%$ van de gevallen) zoals leukaemie, M.Hodgkin, lymfosarcoma, M.Sézary e.a. ofwel als uitbreiding van een reeds bestaande huidafwijking ($\pm 65\%$), een toxisch-allergische reactie op geneesmiddelen ($\pm 10\%$), terwijl soms ($\pm 8\%$) het onderliggende lijden niet achterhaald kan worden.

De complicaties zijn voor een deel afhankelijk van de onderliggende oorzaak van de erythrodermie. Bij alle erythrodermieën echter bestaat het risico van secundaire infectie, hyper- of hypothermie, dehydratie, eiwittekort (door verlies van de huidschilfers) en verstoring in de mineraalhuishouding.

Afgezien van de oorzaak was een erythrodermie vroeger altijd een ernstige zaak met een prognose dubia tot infaust en indien de patiënt niet overleed - de patiënten gingen vaak cachectisch met ernstige decubitus of door secundaire infectie ten gronde - was in de regel een langdurige klinische behandeling nodig.

Thans zijn de interne complicaties beter bekend en te behandelen waardoor de patiënt na een verblijf in de kliniek waar hij o.a. op een bepaalde therapie wordt ingesteld en zijn huid in een betere toestand is gebracht, vaak weer vrij snel ontslagen kan worden om poliklinisch met een onderhoudsdosering van de medicijnen onder controle te blijven. Ook het onderliggende lijden is tegenwoordig in de regel sneller te diagnosticeren waardoor naast de behandeling van het huidlijden sneller gestart kan worden met de therapie van de oorzaak van de erythrodermie, b.v. bij een maligne systeemziekte met corticosteroiden, cytostatica, bestraling met röntgen of snelle elektronen e.a., bij een toxisch-allergische reactie op een geneesmiddel door het advies dit geneesmiddel te staken of te vervangen door een ander gelijkwaardig medicijn, etc.

Ik hoop aan de hand van genoemde voorbeelden U duidelijk gemaakt te hebben dat stimulering of dwingende maatregelen van hogerhand om in het pakket van bezuinigingen van de gezondheidszorg reductie van het dure ziekenhuisbed te bevorderen, voor de dermatologie met moderne aanpak nauwelijks nodig zal zijn. Dat in de dermatologie - indien de wil daartoe bestaat - sterk bezuinigd kan worden, meen ik te halen uit de getallen (zie tabel) die mij verstrekt werden vanuit de dermatologische praktijk in Venlo waaruit een duidelijke daling (tot 50%) van klinische opnamen in de laatste jaren waarneembaar is bij zelfs een hoger aanbod van patiënten naar deze praktijk.

Ook landelijk zou men deze 50% dus gemakkelijk moeten kunnen halen. Dit zou voor Nederland - bij grove schatting - een beddenreductie per jaar opleveren van $\frac{1}{2} \times 70 \times 330 = 11.550$ (stel "achterland" van Venlo en omstreken voor toevoer van patiënten op 200.000).

Interessanter is de bezettingsgraad van de bedden; deze daalde van 19 tot 6, dat wil zeggen in de laatste tijd ± 13 bedden per dag minder bezet; dit is een besparing van $13 \times \pm f 400,- = \pm f 5.200,-$.

Landelijk: $70 \times 13 \times 400 = f 364.000,-$. Per jaar landelijk dus een besparing van: $360 \times f 364.000,- = f 131.040.000,-$.

Gezien deze besparing lijkt het reëel dat de poliklinische verrichtingen redelijk gehonoreerd worden en dat voor meer hulppersoneel, nodig voor de toename van deze verrichtingen, ook voldoende financiële steun vanuit de gezondheidszorg gegeven wordt.

Dat tegenover de genoemde besparing derhalve een kostentoeename voor poliklinische hulp staat is begrijpelijk en aanvaardbaar omdat het niet te verwachten is, dat deze kostentoeename - hoewel niet precies aan te geven - meer dan 10% van de besparing zal zijn.

Bij het noemen van voorbeelden van enkele huidafwijkingen waarvoor heden poliklinische behandeling dermate effectief is dat klinische verpleging overbodig is geworden, vermeldde ik ook dat heden ten dage bepaalde huidziekten minder frequent of nauwelijks meer voorkomen zoals huidtuberculose en daardoor ook in steeds mindere mate in de dermatologische klinieken aan te treffen zijn. Daarentegen kan men verwachten, dat andere huidafwijkingen zullen toenemen en dat bepaalde nieuwe ziektebeelden zullen ontstaan.

Door nieuwe geneesmiddelen en nieuwe kunststoffen zullen meer - en wellicht andere - allergische reacties hierop voorkomen.

Bij toename van patiënten die immunosuppressiva gebruiken (b.v. na orgaantransplantaties, bij maligne afwijkingen e.a.), zal een meer frequent voorkomen van bepaalde huidafwijkingen, o.a. veroorzaakt door virale en bacteriële, vaak over het gehele lichaamsoppervlak verspreide infecties te verwachten zijn.

Ook de hulp voor kleinere, cosmetische huidproblemen lijkt steeds meer te worden ingeroepen terwijl door gebruik van te veel en verkeerde zepen (douchefris, badschuim, e.a.) wellicht ook door te frequent baden vooral bij oudere mensen, uitdrogingsdermatitis ook steeds meer lijkt voor te komen. De toename van het vakantie houden en bezoeken aan zonnige stranden door de meer zonzonnende, naoorlogse generatie zal de frequentie van voorkomen van huidcarcinomen onder de nu ouder wordende bevolking doen toenemen.

Hoewel matig alcoholgebruik als hartversterker gezien kan worden en lijkt te beschermen tegen het krijgen van een hartinfarct en om gezondheidsredenen niet onze afkeuring rechtvaardigt, moet het sterk toenemend alcoholgebruik toch zorgen baren. Was het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking in 1950, omgerekend naar pure alcohol, ongeveer 2 liter per jaar, in 1977 was dit al ruim 8 liter. De meeste probleemdrinkers (23,3%) in Nederland vindt men onder de Limburgse bevolking en vooral bij de mannen jonger dan 25 jaar. Het is derhalve niet ondenkbaar dat bepaalde huidafwijkingen - o.a. zoals behorende bij het ziektebeeld porphyria cutanea tarda - die het gevolg kunnen zijn van langdurig alcoholmisbruik in de toekomst zullen toenemen.

Hoewel het te verwachten is, dat behalve deze enkele genoemde voorbeelden nog meerdere dermatosen in toenemende mate gezien zullen worden en nieuwe beelden zullen verschijnen, zullen deze toch relatief in de minderheid blijven ten opzichte van het overgrote deel van de alledaagse, meest voorkomende huidziekten en zullen zij de trend naar een dalende behoefte aan ziekenhuisverpleging in de dermatologie nauwelijks of niet beïnvloeden daar, behalve haar relatieve minderheid, het te verwachten is dat ook het merendeel van deze ziekten poliklinisch verholpen kan worden.

Samenvattend kan gesteld worden, dat het te verwachten is dat de verschuiving in de laatste jaren van klinische naar poliklinische behandeling van dermatologische patiënten in de toekomst eerder nog zal toe- dan afnemen. Een sterk kostenbesparend effect (naar grove schatting meer dan f 130.000.000,-- per jaar) zal hiervan het gevolg zijn, temeer daar het niet aanemelijk is dat voor de te bieden poliklinische hulp voor dermatologische doeleinden ook in de toekomst zeer kostbaar instrumentarium - zeker in vergelijking met instrumentarium van de meeste andere medische disciplines - nodig zal zijn.

Aan het einde gekomen van mijn rede wil ik gaarne mijn dank betuigen aan Hare Majesteit de Koningin, dat zij mij heeft willen benoemen tot hoogleraar aan deze jonge Universiteit.

Mijne Dames en Heren leden van het Universiteitsbestuur, van de Universiteitsraad en van de faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg,

Veel dank ben ik U verschuldigd voor Uw medewerking aan mijn benoeming tot hoogleraar in de dermatologie.

Ik zeg U toe dat ik mij volledig zal inzetten voor de vervulling van mijn taak. Ik hoop echter dat U zult beseffen dat de staf dermatologie nog uit slechts enkele leden bestaat en zich voor de schier onmogelijke taak gesteld ziet zich te wijden aan patiëntenzorg, onderwijs en research op academisch niveau terwijl ook overige facultaire taken en contacten met specialisten en huisartsen uit deze regio ons zeker ook zeer ter harte gaan. Wij hopen dan ook in de toekomst op Uw medewerking te kunnen rekenen ter uitbreiding van de staf. Het is bedenkelijk dat aan een klinisch vak dat o.a. zo belangrijk is in velerlei opzicht voor het onderwijs slechts zo'n klein aantal medewerkers wordt toegewezen.

U kunt er echter verzekerd van zijn dat desondanks de staf dermatologie zich volledig met grote inzet zal toeleggen op goede patiëntenzorg daarbij beseffend dat onderwijs van een klinisch vak en research, voortkomend uit klinische problematiek zonder geavanceerde patiëntenzorg niet mogelijk is.

Dames en Heren leden van het Bestuur en van de Directie van het Ziekenhuis Maastricht,

Uit de contacten die ik met U heb gehad weet U dat ik, aangesteld per 1 juli 1982, aanvankelijk zeer teleurgesteld was niet direct aan de slag te kunnen daar in ruimtelijke en personele voorzieningen voor een afdeling dermatologie nog in het geheel niet was voorzien. En hoewel met de inrichting van de polikliniek in het ziekenhuis pas na een half jaar werd begonnen heb ik inmiddels leren inzien dat het o.a. de financiële moeilijkheden waren van het ziekenhuis waardoor U ondanks Uw grote bereidheid niet sneller ter wille kon zijn. Uw grote bereidwilligheid en steun heb ik steeds meer leren waarderen en stemmen mij hoopvol voor de toekomst. Daarvoor dank ik U hartelijk. Mijnerzijds kunt U rekenen op de grote bereidbaarheid van mijn medewerkers en mij om de afdeling dermatologie in Uw ziekenhuis tot zo'n groot mogelijke ontplooiing te brengen.

Hooggeleerde Mali,

Twintig jaar hebben wij samengewerkt en heb ik Uw grote capaciteiten om kliniek en research op elkaar af te stemmen leren waarderen. Ik ben er trots op dat ik in Uw kliniek ben opgeleid tot huidarts en niet alleen ons vak er op voortreffelijke wijze geleerd heb maar ook Uw methodiek van onderwijs geven, getuigend van een groot didactisch inzicht. Tevens ben ik U dankbaar voor de voortdurende steun waarmee U mij altijd terzijde stond.

Dames en Heren stafleden, medewerkers en verpleegkundigen van de Dr.Veegerkliniek, afdeling dermatologie van het St.Radboudziekenhuis te Nijmegen.

Ik ben U zeer dankbaar voor de grote collegialiteit waarmee ik vele jaren met U heb mogen samenwerken ende grote vriendschap die ik van U mocht ontvangen.

Dames en Heren Collegae huidartsen uit de omliggende ziekenhuizen en huisartsen uit de regio Maastricht,

De goede contacten die ik reeds met U heb gehad en Uw begrip voor de moeilijke omstandigheden - met name de zeer kleine staf van medewerkers - waaronder de afdeling dermatologie van start moet gaan geven mij een groot vertrouwen in de toekomst. U kunt er verzekerd van zijn, dat ik mij volledig zal inzetten om Uw gegeven vertrouwen in onze afdeling niet te beschamen.

Dames en Heren studenten,

De laatste jaren heb ik het voorrecht gehad de speciale onderwijs-methodiek van deze Universiteit te volgen en was o.a. verschillende malen als examinerator bij het artsexamen aanwezig waarbij ik een vergelijking kon maken van Uw studieresultaten met de ervaringen die ik heb van het meer op traditie geschoeide onderwijs. Ik meen te hebben kunnen vaststellen, dat U door het onderwijs volgens het Maastrichtse model in een bevoorrechte positie verkeert. Dat het probleem-georiënteerde onderwijs, aanvankelijk door velen met een zekere scepsis beschouwd, alom, ook in het buitenland, steeds meer waardering krijgt is niet alleen te danken aan de meetbare goede studieresultaten maar zeker ook aan de grote inspanningen van velen van Uw docenten. Ik weet dat U - beseffende hoe belangrijk het zogenaamde kleine vak dermatologie voor Uw latere praktijkvoering als medicus is - verwachtingsvol uitgekoken heeft naar de start van de capaciteitsgroep dermatologie om U in dit vak tijdens Uw studie te laten begeleiden. U kunt erop rekenen, dat ik mij zal inspannen om aan Uw verwachtingen zoveel mogelijk tegemoet te komen.

Tenslotte wil ik mijn vreugde en vooral mijn dankbaarheid uiten voor het feit dat ik deze rede heb mogen uitspreken in de aanwezigheid van mijn familieleden en in het bijzonder van mijn dochters die allen in het verleden een grote steun voor mij zijn geweest.

Geraadpleegde literatuur

Cormane, R.H. and S.S. Asghar, Current topics in immunology vol.15. Immunology and skin diseases, Arnold, 1981.

Everdingen, J.J.E. van en J.H. Sillevius Smitt: Dermato-venereologie voor de eerste lijn. Stafleu, Alphen aan de Rijn. 1981

Garretsen H.F.L.: Probleem drinken, GG en GD Rotterdam, afd.GVO, rapport no 41, 1982

Jansen, L.H.: Huid- en geslachtsziekten, 2e druk, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.

Klokke, A.H., J.P. Nater, E. van Dijk en E. Stolz: Compendium huidziekten, Stafleu, Alphen aan de Rijn. 1982

Knibbe, R.A.: Probleemdrinken in Limburg, onderzoek in opdracht van C.A.D.-Limburg, 1982.

Knipschild, P.: Alcohol als hartversterker. Hartbulletin, febr. 1982.

Rook, A., D.S. Wilkinson, F.J.G. Ebling: Textbook of Dermatology. Third edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford-London.

Stolz, E. en D. Suurmond: Seksueel overdraagbare aandoeningen. Stafleu, Alphen aan de Rijn. 1982.

Willcox, R.R.: Social aspects of venereal diseases. Curr. Med. Drugs. 5, 3. 1965.

Consulten Venio-Tegelen ziekenhuis	opnamen	indexcijfer	Gemiddelde verpleegduur	index gem. verpleegduur	aantal verpleegden	index verpleegdagen	beddenaantal bij bezettings- graad van 90%
Totaal nieuw							
	1975	332	100%	19,1	100	6341	19
	1976	297	89%	15,5	81	4596	14
	1977	324	98	16,1	84	5203	16
13004	1978*	302	91	15,5	81	4665	14
16266	1979	274	83	14,7	77	4032	12
18125	1980	204	61	13,0	68	2659	8
18899	1981	173	52	12,5	65	2164	6

* N.B. In 1978 begin met o.a. meer poliklinische behandeling van phlebologische patiënten

- bij stijgend aanbod hiervan sindsdien, toch daling in opnamen.

Ook in 1978 begin met PUVA-therapie.